Aus der Universitäts-Frauenklinik Würzburg.
Direktor: Professor Dr. Carl J. Gauß.

Über den Wert der Abrasio für die Diagnose der Tubargravidität.

Inaugural-Dissertation

verfaßt und der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Julius-Maximilians-Universität Würzburg

zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde

vorgelegt von

Kurt Bohlander

aus

Frankfurt a. M.

1939

Druck: Graphische Kunstanstalt Franz Scheiner, Würzburg

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Gedruckt mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg.

Berichterstatter: Professor Dr. Carl J. Gauß.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549802_0137

Über den Wert der Abrasio für die Diagnose der Tubargravidität.

Der Sinn meiner Arbeit ist festzustellen, inwieweit die Abrasio bei Verdacht auf Tubargravidität als diagnostisches Hilfsmittel in Frage kommt. Da trotz weitgehend ausgebauter klinischer Untersuchungsmethoden die Diagnostik der Extrauteringravidität auch heute noch große Schwierigkeiten bereiten kann, wird an der Universitäts-Frauenklinik in Würzburg bei Verdacht auf ektopische Schwangerschaft, wenn die Art der Erkrankung nicht einwandfrei geklärt werden kann, die Abrasio als Hilfsmittel systematisch angewandt. Nach den Erfahrungen unserer Klinik ist gerade bei unsicheren Symptomen eine Abrasio in zahlreichen Fällen von entscheidender Bedeutung. Meine Arbeit soll zeigen, welche Bedeutung der histologischen Untersuchung des abradierten Materials bei den hier beobachteten Fällen beizumessen ist. Über die Ergebnisse ähnlicher Untersuchungen hat bereits Werner Schultes aus dem Krankengut, das vom 1. 1. 1923 bis 1. 7. 1931 angefallen ist, berichtet. Da seine Ergebnisse zeigen, daß die histologischen Untersuchungen in vielen Fällen als brauchbares Diagnostikum zu verwerten sei, erschien es uns wichtig, weitere Beweise dafür beizubringen.

Anschließend werden 15 Fälle mitgeteilt, die klinisch eine Extrauteringravidität vortäuschten bzw. bei denen differenzialdiagnostisch eine Tubargravidität in Frage kam. Es soll gezeigt werden, inwieweit durch den negativen Befund der histologischen Untersuchung der Abrasio eine Extrauteringravidität ausgeschlossen werden konnte.

Meine Arbeit, die sich zeitlich an die Dissertation von Schultes anschließt, umfaßt das Krankengut der Würzburger Universitäts-Frauenklinik vom 1. 7. 1932 bis 1. 1. 1939. Sie ist so unterteilt, daß ich zuerst kurz zur Ätiologie und Anatomie der ektopischen Gravidität Stellung nehme; dann wird ihre Diagnose besprochen werden, wobei die Bedeutung der Abrasio nach dem Schrifttum berücksichtigt wird, dann soll die Häufigkeit der Tubargravidität erörtert werden. Anschließend werden die an der Würzburger Klinik operierten Fälle, bei denen vorher eine Abrasio gemacht wurde, mitgeteilt und besprochen. Dieselben sind eingeteilt in zwei Gruppen: die Fälle, bei denen die Deutung der Abrasio durch die Operation bestätigt bzw. nicht bestätigt wurde.

Ätiologie und Anatomie der ektopischen Gravidität.

Zum besseren Verständnis der Arbeit erscheint es zunächst erforderlich, kurz auf die Entstehung der Tubargravidität einzugehen. Wenn auch über die Befruchtungszeit, die Eifurchung und den Furchungsablauf des menschlichen Eies noch Unklarheiten bestehen, so wissen wir doch aus den grundlegenden Arbeiten von H ö h n e, daß die Befruchtung des Eies der Regel nach in der Tube stattfindet und daß sich das befruchtete Ei dort implantiert, wo es sich bei Erlangung seiner Nidationsfähigkeit befindet. Während die Spermatozoen durch ihre Eigenbewegung den Weg durch die Gebärmutter und Tube zum Ovulum nehmen, muß das Ei, nachdem es aus dem geplatzten Follikel in die Tube gelangt, durch eine bewegliche Kraft dem Uterus zugeleitet werden. Wie sich die Vorgänge der Eiwanderung im einzelnen abspielen weiß man heute mit Sicherheit noch nicht anzugeben. Die einen Autoren halten das Flimmerepithel der Tube für die treibende Kraft, andere glauben die peristaltische Kontraktion der Tubenmuskulatur bzw. kapilläre Lymphstrombewegungen im kleinen Becken als wichtigstes Moment angeben zu müssen.

Bei der normalen Schwangerschaft wandelt das befruchtete Ei in die Gebärmutter, wo es sich in die aufgelockerte und vorbereitete Schleimhaut einnistet. Kommt es nun zu einer Tubargravidität, so muß das Ei durch irgend ein störendes Moment auf seinem Weg zum natürlichen Brutraum festgehalten werden, um dann in der Tube weiterzureifen. Über die näheren Vorgänge beim Zustandekommen einer Extrauteringravidität herrschen auch heute noch bei den Autoren keine einheitlichen Ansichten. Aus der Fülle der Meinungen möchte ich nur die wesentlichen aufführen. Für die Störungen der Eiwanderungen werden von manchen ein Versagen der Transportkraft, nämlich eine Insuffizienz der Wandmuskulatur oder des Flimmerstroms in der Eileiterschleimhaut angegeben. Andere vertreten die Auffassung, daß der Grund nicht in einer Störung des Transportmechanismus liegt sondern in pathologischen Veränderungen der Tube, hervorgerufen durch entzündliche Prozesse der Eileiter. Diese sind größtenteils verursacht durch Gonorrhoe, fieberhaften Abort, Puerperalfieber, tuberkulöse und andere entzündliche Erkrankungen des Abdomens. Weitere Gründe werden in Entwicklungsstörungen sowohl des Eies selbst, wie auch des Eileiters gesehen. Außerdem sollen auch mechanische Hindernisse wie Tumoren, durch Knickung, Verdrehung oder Kompression der Tube eine Rolle spielen. In der Mehrzahl scheinen jedoch entzündliche Prozesse der Eileiter vorausgegangen zu sein. So berichtet A p a j a l a k t i über 305 Fälle von Tubargravidität, bei denen in 76% nachweisbar Adnexentzündungen vorausgegangen

waren, und zwar in erster Linie gonorrhoische Salpingitiden. Ein Drittel aller Fälle hatte vor der Tubargravidität abortiert. In einer anderen Arbeit (Stern und Casogledow) konnten in 68,8% schon während der Operation Residuen von Entzündungen makroskopisch festgestellt werden. Wojcicki fand sogar in 83% von 206 mikroskopisch untersuchten Fällen bestehende Eileiterentzündungen; in 6 Fällen handelte es sich dabei um Tuberkulose.

Von unseren 158 Patientinnen möchte ich aus der Vorgeschichte kurz die früheren Erkrankungen und ausgeführten Operationen anführen, die möglicherweise die Eileiterschwangerschaft verursacht haben.

Nach der Anamnese lagen vor:

17 mal Appendektomie
7 mal wurde schon früher einmal wegen Tubargravidität operiert
13 mal entzündliche Erkrankungen der Gebärmutter
4 mal Profixur
2 mal Sectio caesarea
2 mal Bruchoperation
1 mal Lues.

Da es sich sehr häufig um Eilfälle handelte, die sofort nach Einlieferung in die Klinik operiert wurden, fehlt leider oft die Anamnese oder ist nur sehr unvollkommen.

Diagnose.

Da die allgemein angewandten klinischen Untersuchungsmethoden (manuelle Untersuchung, Aschheim-Zondek-Reaktion, Blutungsschema, Douglas-Punktion) und auch die Anamnese bei unsicheren Symptomen oft zur Sicherstellung der Diagnose nicht ausreichen, gibt uns die Probeabrasio bei Verdacht auf ektopische Schwangerschaft häufig einen weiteren Aufschluß. Ihr diagnostischer Wert liegt in der Tatsache begründet, daß sich die Gebärmutterschleimhaut bei Tubargravidität genau so verändert, wie bei intrauterinem Sitz des Eies die in sie eingesenkten foetalen Zotten aber vermissen läßt.

Die Schwangerschaftszeichen sind im Beginn sowohl bei Extra- wie bei Intra-Unteringravidität ähnlich. Bei beiden können folgende Zeichen gemeinsam sein: Geringe Vergrößerung und Auflockerung des Uterus, Amenorrhoe, Vergrößerung der Mamae, Vorhandensein von Colostrum, livide Verfärbung der Portio, positiver Ausfall der Aschheim-Zondek-Reaktion usw. Bei Vorhandensein von unregelmäßigen Blutungen ist es besonders wichtig an einen extrauterinen Sitz des Eies zu denken.

Es kann dabei, wie Kübert in seiner Veröffentlichung über Extrauteringravidität gezeigt hat, von entscheidender Bedeutung sein, eine genaue Blutungsanamnese zu erheben und sie in ein Schema einzuordnen. Bei der Betrachtung der Blutungsschemen bei Tubargravidität hat Kübert anhand von 155 Fällen nachgewiesen, daß die Mehrzahl der Frauen (83 der Fälle, das sind fast 54%) eine unverkennbare Gleichartigkeit der Aufzeichnung der Blutungsanamnese aufzuweisen hatte, insofern die Frauen nach vorher immer regelmäßigen Periodenblutungen plötzlich eine Amenorrhoe bekommen, die dann von Dauerblutungen abgelöst werden; es scheint somit dieser Blutungstyp weitaus am häufigsten vorzukommen (Gruppe I). Von den übriggebliebenen 67 Frauen hatten 32, das sind 20,6% Blutungen zur rechten Zeit oder etwas vor bzw. nach der erwarteten Regelblutung, lediglich Stärke und Dauer dieser Blutungen waren im einzelnen Falle verschieden; nach einem blutungsfreien Intervall folgte dann eine Dauerblutung (Gruppe II). Weitere 17,4% hatten über keinerlei Blutungen nach außen zu klagen, es bestand hier lediglich eine Amenorrhoe; plötzlich einsetzende Schmerzen im Unterbauch, Erbrechen, hin und wieder Ohnmachtsanfälle führten die Patientinnen zum Arzt (Gruppe III).

Weniger Schwierigkeiten bereitet die Feststellung einer akuten Tubarruptur mit ihren alarmierenden Zeichen. Wir finden bei ihr, neben plötzlich auftretenden heftigen Schmerzen im rechten oder linken Unterleib, Übelkeit, Erbrechen, Ohnmacht, Anämie, schlecht gefüllten frequenten Puls; bei Blutungen in die Bauchhöhle kann eine Douglas-Punktion häufig die Diagnose unterstützen.

Gelegentlich konnte auch der Schulterschmerz als Phrenicus-Zeichen beobachtet werden. Ein Intrauterin-Abort, der im allgemeinen Schmerzen über der Symphyse macht, muß in jedem Falle ausgeschlossen werden. Die Aschheim-Zondek-Reaktion wird in beiden Fällen positiv sein und gibt lediglich Aufschluß darüber, daß überhaupt eine Gravidität, meist bei einer lebenden Frucht, besteht. Läßt sich durch die manuelle Untersuchung ein Adnextumor feststellen, so bietet der positive Ausfall der Aschheim-Zondek-Reaktion doch ein wichtiges diagnostisches Hilfsmittel. Ein negativer Ausfall jedoch schließt eine Tubargravidität nicht aus, da die Frucht abgestorben sein kann, die Gefahren der ektopischen Gravidität aber oft trotzdem fortbestehen.

Die deciduale Umwandlung der Uterusschleimhaut bei Extrauteringravidität wurde im Jahre 1877 von Cohnstein erkannt; schon von ihm ist die diagnostische Verwertung der Probeabrasio empfohlen worden. Trotzdem wurde die Verwertbarkeit der Abrasio als diagnostisches Hilfsmittel bei Tubargravidität von vielen namhaften Autoren nicht anerkannt und für gefahrvoll gehalten.

Stöckel lehnt die Abrasio bei Extrauteringravidität grundsätzlich ab, da ein intrauteriner Eingriff eine Ruptur mit lebensgefährlicher Blutung herbeiführen könne. Aus den gleichen Gründen wird von Pankow und Vogt die Abrasio zu diagnostischen Zwecken bei Verdacht einer Tubargravidität für falsch gehalten. Puppel und Amreich verwerfen die Abrasio wegen der Gefahr einer Infektion.

Im Widerspruch zu den Ansichten dieser namhaften Autoren stehen die Erfahrungen unserer Klinik. Ebenso wie Schultes in 42 Fällen, konnte auch ich in meinen 51 Fällen im Anschluß an die Abrasio weder eine Ruptur noch eine Infektion beobachten. In drei der von uns angeführten Fällen (Nr. 31, Nr. 33 und Nr. 43) wurden die Patientinnen, eine drei Wochen, die andere acht Wochen und die dritte sogar vier Monate vor Einweisung in die Klinik schon außerhalb abradiert. Obwohl im Falle 31 und 33 der histologische Untersuchungsbefund ein eindeutig positives Ergebnis hatte; „Decidua ohne Zotten" wurden die Patientinnen von den betreffenden Ärzten, offenbar aus Unkenntnis der Dinge, nicht sofort zur Operation eingewiesen, sondern erst dann als es schon zu einer Ruptur gekommen war, in völlig ausgeblutetem Zustand eingeliefert. Die Operation wurde noch überstanden, doch kamen diese zwei Frauen am nächsten Tage trotz aller therapeutischer Maßnahmen an Anämie ad exitum.

Von Benthin wird ebenfalls die mikroskopische Untersuchung der endometranen Uterusschleimhaut bei Tubargravidität als letztes diagnostisches Hilfsmittel angewandt und empfohlen. Nach seiner Meinung könnten auch viele verschleierte Tubargraviditäten entdeckt und rascher der Operation zugeführt werden, wenn das Geschabsel der Abrasio, die ja in Verkennung der Sachlage so häufig zur Blutungsbekämpfung ausgeführt wird, von autoritativer Seite untersucht und ausgewertet würde.

In der Veröffentlichung „Zur Diagnostik und Therapie der Bauchhöhlenschwangerschaft" in der Wiener klinischen Wochenschrift lehnt Recht die diagnostische Abrasio nicht ab und hat auch keine schädlichen Einflüsse nach der Abrasio bei Tubargravidität gesehen.

Selbstverständlich wird in unserer Klinik die Abrasio als diagnostisches Hilfsmittel nur bei einwandfrei „reinen" Fällen angewandt. Temperaturmessung, Leukocytenzählung, Bestimmung der Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit werden vor der Abrasio gemacht. Erwähnen möchte ich noch, daß viele Abrasionen erst kurz vor Beginn der Operation vorgenommen wurden, um dadurch Beobachtungsmaterial zu gewinnen.

Häufigkeit der Tubargraviditäten an der Universitäts-Frauenklinik in Würzburg.

Zunächst möchte ich eine tabellarische Übersicht über die Häufigkeit des Vorkommens von Tubargraviditäten im Verhältnis zu den Geburten geben. Dabei werde ich zum Vergleich zuerst die von Schultes mitgeteilten Zahlen bringen.

Tabelle I

Verhältnis der Tubargraviditäten zu den Geburten vom 1. 1. 1923 bis 1. 7. 1931 (Inaug.-Diss. Schultes).

Jahr	Geburten	Zahl der Tubargraviditäten	in Prozenten
1923	750	13	1,7
1924	700	13	2,0
1925	840	18	2,1
1926	847	25	2,9
1927	721	34	4,7
1928	847	27	3,2
1929	886	15	1,7
1930	875	26	3,0
1931 (bis 1. 7.)	448	7	1,6

Vergleichend zu den Zahlen von Schultes bringe ich in der Tabelle II die Verhältniszahlen vom 1. VII. 1931 bis 1. I. 1939 aus meiner Arbeit. Dabei ist bemerkenswert, daß, obwohl sich die Geburtenzahl von 1935 ab wesentlich erhöht hat, die Zahl der Tubargraviditäten im Verhältnis zu den früheren Jahren nicht angestiegen ist sondern relativ kleiner geworden ist.

Tabelle II

Verhältnis der Tubargraviditäten zu den Geburten vom 1. VII. 1931 bis 1. I. 1939 (Inaug.Diss. Bohlander).

Jahr	Geburten	Zahl der Tubargraviditäten	in Prozenten
1931 (vom 1. 7. ab)	331	8	2,4
1932	737	20	2,7
1933	695	22	3,2
1934	792	20	2,5
1935	1015	24	2,4
1936	1061	25	2,4
1937	1070	20	1,9
1938	1220	29	1,5

Die Tabellen III und IV zeigen aus der Arbeit von Schultes und aus meinem Krankengut in wieviel Fällen von Tubargraviditäten eine Abrasio vorgenommen wurde.

Tabelle III

Häufigkeit der vorgenommenen Abrasionen bei Tubargraviditäten vom 1. I. 1923 bis 1. VII. 1931 (Inaug.-Diss. Schultes).

Jahr	Tubargraviditäten	Abrasionen	in Prozenten
1923	13	2	15
1924	13	3	23
1925	18	3	16
1926	25	7	28
1927	34	8	23
1928	27	3	11
1929	15	9	60
1930	26	4	15
1931 (bis 1. 7.)	7	3	43

Tabelle IV

Häufigkeit der vorgenommenen Abrasionen bei Tubargraviditäten vom 1. VII. 1931 bis 1. I. 1939 (Inaug.-Diss. Bohlander).

Jahr	Tubargraviditäten	Abrasionen	in Prozenten
1931 (ab 1. 7.)	8	0	0
1932	20	5	25
1933	22	7	32
1934	20	4	20
1935	24	7	29
1936	25	10	40
1937	20	7	35
1938	19	11	57,8

Teil A.

Es folgen nun diejenigen Fälle in Form kurzgefaßter Krankengeschichten, bei denen vor der Operation eine Abrasio gemacht und durch die Operation eine Tubargravidität festgestellt wurde. Einbezogen sind die Fälle, bei denen die Abrasio kurz vor der Operation durchgeführt wurde, auf die Indikation selbst aber keinen Einfluß mehr hatte; ebenso diejenigen, bei denen eine Decidua vor und nach der Operation abging und untersucht wurde.

Fall 1:

Kr.Bl. 11. G.A. II Para, 33 Jahre, Aufnahme am 8. I. 32.

Letzte Periode: 30. X. 31 bis 2. XI. 31, Symptome: Erbrechen, Schmerzen in der rechten Bauchseite, Dauerblutung vom 1. XII. 31 bis 8. I. 32. Die Aschheim-Zondek-Reaktion vom 9. I. ist positiv. Der histologische Befund der Abrasio vom 14. I. ergibt: großzellige Umwandlung der Schleimhaut, Lymphozytenschwärme. Bild einer rückgebildeten Decidua.

Therapie: Am 14. I. Salpingectomia dextra. Operative Diagnose: Grav. tub. dextra. Hämatoma peritubaria retrouterina. Entlassung am 30. I. geheilt.

Fall 2:

Kr.Bl. 41. L. K. IV Para, 32 Jahre, Aufnahme am 19. I. 32.

Letzte Periode: 2. I. bis 7. I. 32, Symptome: Schmerzen im Kreuz, Schwächegefühl, Ohnmacht. Anschließend an die letzte Periode schwache Blutung. Aschheim-Zondek-Reaktion vom 20. I. war negativ. Die Abrasio vom 25. I. ergibt: Schleimhaut großzellig, kompakt, kann einer ganz frühen Deciduabildung entsprechen. Wahrscheinlichkeit einer Gravidität.

Therapie: Am 25. I. Salpingectomia sinistra. Operative Diagnose: Tubargravidität links. Entlassung am 12. II. geheilt.

Fall 3:

Kr.Bl. 129. G. H. 0 Para, 31 Jahre, Aufnahme am 4. VIII. 32.

Letzte Periode: 3. VI. bis 7. VI. 32. Symptome: vom 29. VI. ab unregelmäßige Blutungen. Die Aschheim-Zondek-Reaktionen vom 4. VIII. und 19. VIII. waren positiv. Die Abrasio vom 5. VIII. ergab spongiös gebaute Drüsen, nicht eigentlich decidual. Glanduläre interstitielle Hyperplasie. Tubargravidität nicht mit Sicherheit auszuschließen.

Therapie: Salpingectomia dextra, operative Diagnose: Tubargravidität rechts. Entlassung am 10. IX. geheilt.

Fall 4:

Kr.Bl. 42. B. E. I Para, 31 Jahre, Aufnahme am 21. I. 32.

Letzte Periode: 19. X. bis 23. X. 31, Symptome: Schmerzen im rechten Unterbauch besonders beim Stuhlgang und Wasserlassen. Nach acht-

wöchiger Amenorrhoe Dauerblutung. Die Aschheim-Zondek-Reaktion vom 21. I. 32 war positiv.

Therapie: am 22. I. Exstirpation der rechten Tube und Teilen des rechten Ovars. Operative Diagnose: Rechter Tubarabort mit Hämatocele. Ein Tag nach der Operation Spontanabgang von Decidua. Entlassung am 8. II. geheilt.

Fall 5:

Kr.Bl. 357. M. A. II Para, 35 Jahre, Aufnahme am 5. VII. 32.

Letzte Periode: 2. bis 5. V. Symptome: Schmerzen im Leib und Kreuz Nach achtwöchiger Amenorrhoe mittelstarke Dauerblutung. Die Aschheim-Zondek-Reaktionen vom 12. VII. und 27. VII. waren positiv. Die Abrasio vom 12. VII. ergibt Stroma spindelzellig, Schleimhaut zeigt leichte Hyperplasie, Bild spricht sehr für unvollkommen rückgebildete Decidua.

Therapie: am 16. VII. Salpingoophorectomia dextra, Appendectomia. Operative Diagnose: Grav. tub. dextra. Status post Salpingectomia sinistra propter grav. tub. ante I annum. Am 30. VII. 32 geheilt entlassen. Ätiologische Anamnese: 1931 linksseitige Tubargravidität.

Fall 6:

Kr.Bl. 17. Sch. M. I Para, 33 Jahre, Aufnahme am 9. I. 33.

Letzte Periode: 6. bis 13. XI. 32. Symptome: Schmerzen im rechten Unterbauch, nach verspäteter Periodenblutung Dauerblutung bis zur Aufnahme. Die Aschheim-Zondek-Reaktion vom 11. I. war positiv, vom 18. I. negativ. Die Abrasio vom 25. I. ergibt: Interstitielle Hyperplasie der Schleimhaut, kein decidualer Zustand des Stroma.

Therapie: Am 25. I. Salpingoophorectomia dextra mit Ausräumung der Hämatocele. Douglas-Drainage. Operative Diagnose: Grav. tub. dextra, große Hämatocele. Entlassung am 4. III. geheilt.

Fall 7:

Kr.Bl. 67. O. G. VIII Para, 34 Jahre, Aufnahme am 7. V. 32.

Letzte Periode: 22. bis 25. III. Symptome: Schmerzen in der rechten Bauchseite bis ins Knie ausstrahlend, ab 10. IV. Dauerblutung bis zur Aufnahme. Abrasio vom 12. V. ergibt: Schleimhaut-Hyperplasie, Stroma nicht decidual verändert. Wegen des negativen Befundes wird die Patientin am 17. V. entlassen. Am 1. VI. erneut Blutungen. Der Aschheim-Zondek-Reaktion vom 1. VI. war negativ. Da die Blutungen nicht zum stehen kommen, erfolgt Wiederaufnahme am 12. VI.

Therapie: Am 15. VI. Salpingoophorectomia sinistra. Operative Diagnose: linksseitiger Tubarabort mit starker intraabdomineller Blutung. Entlassung am 6. VII. geheilt.

Fall 8:

Kr.Bl. 142. F. L. II Para, 33 Jahre, Aufnahme am 14. III. 33.

Letzte Periode: vom 15. bis 18. I. 33. Symptome: krampfartige Schmerzen im Unterleib. Nach achtwöchiger Amenorrhoe geringfügige Blutung. Die Aschheim-Zondek-Reaktion vom vom 13. III. war positiv. Am 15. III. Ausstoßung von Gewebsfetzen, deren histologische Untersuchung echte Decidua basalis ergibt. Die vor der Operation vorgenommene Douglas-Punktion ergibt kein Blut.

Therapie: am 20. III. Salpingectomia dextra. Operative Diagnose: rechtsseitiger Tubarabort. Entlassung am 6. IV. geheilt.

Fall 9:

Kr.Bl. 161. L. R. I Para, 30 Jahre, Aufnahme am 25. III. 33.

Letzte Periode: vom 9. bis 11. I. Symptome: Schmerzen im Unterleib, Blutung nach neunwöchiger Amenorrhoe, Ohnmacht. Die Aschheim-Zondek-Reaktion vom 27. III. war positiv. Am 25. III. Ausstoßung eines Gewebfetzens, dessen histologische Untersuchung decidual umgewandelte Unterusschleimhaut ergibt. Die vor der Operation vorgenommene Douglas-Punktion ergibt dunkles Blut.

Therapie: am 25. III. Salpingectomia dextra. Operative Diagnose: Tubarruptur rechts mit großer retrouterina Hämatocele. Entlassung am 19. IV. geheilt.

Fall 10:

Kr.Bl. 374. N. W. I Para, 24 Jahre, Aufnahme am 7. VIII. 33.

Letzte Periode: vom 12. bis 14. VII. Symptome: ziehende Schmerzen im linken Unterbauch, im Anschluß an die letzte Periode geringe Dauerblutung. Die Aschheim-Zondek-Reaktion vom 11. VIII. war positiv. Die Abrasio vom 16. VIII. ergibt: Funktionierendes Endometrium in Rückbildung, deciduale Reaktion an einer Stelle noch deutlich.

Therapie: am 16. VIII. Exstirpation der linken Tube. Operative Diagnose: linksseitige Tubargravidität im ampullären Teil. Entlassung am 1. IX. geheilt.

Fall 11:

Kr.Bl. 627. Sch. Ch. I Para, 26 Jahre, Aufnahme am 2. XII. 33.

Letzte Periode: 25. bis 30. X. Symptome: Anschließend an die letzte Periode Blutungen. Am 4. XII. Abrasio: Bild einer rückgebildeten Decidua. Die vor der Operation vorgenommene Douglas-Punktion ergibt flüssiges Blut.

Therapie: Am 15. XII. Exstirpation der rechten Tube, Ausräumung der Hämatocele. Operative Diagnose: rechtsseitiger Tubarabort mit großer retrouteriner Hämatocele. Entlassung am 21. I. gebessert.

Ätiologische Anamnese: Blinddarmreizung 1932.

Fall 12:

Kr.Bl. 656. Pf. M. II Para, 38 Jahre, Aufnahme am 16. XII. 33.

Letzte Periode: 16. bis 19. X. Symptome: Schmerzen im rechten Unterbauch, nach sechswöchiger Amenorrhoe mittelstarke Blutung. Die Aschheim-Zondek-Reaktion vom 8. XII. war positiv. Die Abrasio vom 23. XII. ergibt mäßige glanduläre Hyperplasie mit Sägeform. Ausgesprochene deciduale Bildung nirgends nachweisbar.

Therapie: am 28. XII. Salpingectomia dextra mit Keilexcision. Lösung der Verwachsungen Appendectomie. Operative Diagnose: rechte Tubargravidität im pars isthmica. Mäßige retrouterine Hämatocele, Appendicitis chronica. Entlassung am 14. I. geheilt.

Ätiologische Anamnese: 1927 Abrasio.

Fall 13:

Kr.Bl. 172. G. M. 0 Para, 37 Jahre, Aufnahme am 8. III. 34.

Letzte Periode: vom 12. bis 14. I. Symptome: Schmerzen im Unterbauch bis zum Magen ausstrahlend. Nach fünfwöchiger Amenorrhoe Dauerblutung. Aschheim-Zodek-Reaktionen vom 9. III. und 21. III. waren positiv. Die Abrasio vom 21. III. ergibt: Stroma vielfach dicht und an manchen Stellen parallel geschichtet wie bei rückgebildeter Decidua.

Therapie: Am 26. III. Salpingoophorectomia dextra. Lösung der Adhäsionen. Operative Diagnose: Tubarabort rechts, alte Adhäsionen beider Adnexe.

Histologische Diagnose des Operationsmaterials: Tuberkulöse Salpingitis. Am 12. IV. gebessert entlassen.

In der Anamnese kein Anhalt für Tuberkulose.

Fall 14:

Kr.Bl. 404. G. Fr. VIII Para, 28 Jahre, Aufnahme am 27. VI. 34.

Letzte Periode: vom 22. bis 26. 5. Symptome: Schmerzen im linken Unterbauch, vier Tage nach der letzten Periode geringfügige Dauerblutung. Die Aschheim-Zondek-Reaktionen vom 28. VI., 5. VII. und 13. VII. waren positiv. Die Abrasio vom 29. VI. ergibt: Stroma zeigt stellenweise parallelgeschichtete Spindelzellen, kein sicherer Anhaltspunkt für Tubargravidität.

Therapie: am 13. VII. Salpingectomia sinistra, Appendectomie. Operative Diagnose Grav. tub. sinistra. Entlassung am 30. VII. geheilt.

Fall 15:

Kr.Bl. 428. Sch. A. 0 Para, 22 Jahre, Aufnahme am 8. VII. 34.

Letzte Periode: Am 8. bis 13. VI. Symptome: Starke Schmerzen im Leib, Übelkeit, sieben Tage nach der letzten Periode Dauerblutung. Die Aschheim-Zondek-Reaktion vom 9. VII. war positiv. Die Abrasio vom

16. VII. ergibt: Schleimhauttrümmer, stellenweise deutliche deciduale Umwandlung des Stroma. Die Douglas-Punktion vor der Operation ergibt kein Blut.

Therapie: am 16. VII. Salpingectomia sinistra, Ausräumung der Hämatocele. Operative Diagnose: Grav. tub. sinistra rupt. Hämatocele retrouterina. Entlassung am 2. VIII. geheilt.

Fall 16:

K.Bl. 452. H. Th. 0 Para, 25 Jahre, Aufnahme am 18. VII. 34.

Letzte Periode: 20. bis 26. V. Symptome: Stechende Schmerzen im linken Unterbauch. Nach sechswöchiger Amenorrhoe immer stärker werdende Dauerblutung. Die Aschheim-Zondek-Reaktion vom 19. VII. war positiv, vom 1. VIII. negativ. Die Abrasio vom 31. VII. ergibt: Stroma nirgends decidual.

Therapie: Am 8. VIII. Salpingectomia sinistra, Lösung der Adhäsionen, Profixur, Appendectomie. Operative Diagnose: Grav. tub. sinistra, Retroflexio uteri fixata. Adäsionen beiderseits. Entlassung am 25. VIII. geheilt.

Fall 17:

Kr.Bl 41, Ö. B. 0 Para, 29 Jahre, Aufnahme am 17. II. 35.

Letzte Periode: vom 24. bis 28. XII. Symptome: Kreuz- und Leibschmerzen. Zu schwache Periodenblutung. Ab 3. II. starke Dauerblutung bis zur Aufnahme. Die Aschheim-Zondek-Reaktion vom 17. II. war negativ. Abrasio vom 17. II. ergibt: Regelmäßige Drüsen, kein Anhalt für Tubargravidität.

Therapie: Salpingoorphorectomia sin. Diagnose: Abortus tub. sin. Hämatocele. Entlassung am 17. III. geheilt.

Fall 18:

Kr.Bl. 66, I. H. 0 Para, 25 Jahre, Aufnahme am 28. I. 35.

Letzte Periode: 2. bis 6. XII. 34. Symptome: Schmerzen im Leib. Verspätete zu geringe Periodenblutung, vom 21. I. ab Dauerblutung. Die Abrasio vom 1. II. ergibt: Endometrium mit Schwangerschaftsdrüsen, ferner Decidua.

Therapie: vom 7. II. Salpingectomia sin. Operative Diagnose: Grav. tub. ampull. sin. Retrouterine Hämatocele. Am 24. II. geheilt entlassen.

Fall 19:

Kr.Bl. 92, M. G., 0 Para, 34 Jahre, Aufnahme am 16. V. 35.

Letzte Periode: vom 22. bis 26. III. Symptome: Periodische Krämpfe, Brechreiz, keine Blutung. Die Aschheim-Zondek-Reaktion vom 16. V. und 24. V. war positiv. Die Abrasio vom 3. VI. ergibt: Schwangerschaftsdrüsen und Decidua, außerdem Cervixpolyp.

Therapie: Salpingoophorectomia sin. Am 3. IV. operative Diagnose: Tub. Grav. sin. Entlassung am 21. 6. geheilt.

Ätiologische Anamnese: am 18. I. 35 Appendectomie.

Fall 20:

Kr.Bl. 169, B. S., I Para, 35 Jahre, Aufnahme am 9. VIII. 36.

Letzte Periode: vom 7. bis 10. VI. Symptome: ab 1. VII. mittelstarke Dauerblutung. Aschheim-Zondek-Reaktion vom 10. VIII. war positiv. Abrasio vom 9. VIII. ergibt: kräftige deciduale Stromaumwandlung.

Therapie: Salpingoophoretomia dextra. Operative Diagnose: Tub. Grav. rechts. Am 31. VIII. geheilt entlassen.

Ätiologische Anamnese: 1920 Menorrhagien, 1926 Profixur und Appendectomie. 1928 Sectio. Cystisches Ovar. Hämatosalpings links.

Fall 21:

Kr.Bl. 473, K. K., I Para, 33 Jahre, Aufnahme am 23. VIII. 36.

Letzte Periode: vom 8. bis 14. VIII. Symptome: Krampfartige Schmerzen im linken Unterleib, geringe Blutung. Aschheim-Zondek-Reaktion vom 26. VIII. war positiv. Die Abrasio vom 4. IX. ergibt: einwandfreie Decidua. Die Douglas-Punktion vor der Operation ergibt kein Blut.

Therapie: am 4. IX. Salpingectomia sin. Operative Diagnose: Grav. tub. sin. rupt. Alte Pelveoperitonitis. Am 17. IX. geheilt entlassen.

Fall 22:

Kr.Bl. 102, R. P., I Para, 24 Jahre, Aufnahme am 4. IV. 36.

Letzte Periode: vom 17. bis 21. II. Symptome: Schmerzen im linken Unterleib, vom 23. II. ab mittelstarke Blutung. Die Aschheim-Zondek-Reaktionen vom 4. IV. und 11. IV. waren positiv. Die Abrasio vom 5. IV. ergibt: Die Drüsen zeigen keine Schwangerschaftsumwandlung. Diagnose: Endometritis.

Therapie: am 17. IV. Salpingectomia sin. Operative Diagnose: Grav. tub. sin. Am 30. IV. geheilt entlassen.

Fall 23:

Kr.Bl. 148, Ö. E., 0 Para, 33 Jahre, Aufnahme am 16. V. 36.

Letzte Periode: vom 24. bis 27. II. Symptome: Schmerzen im Unterleib, nach neunwöchiger Amenorrhoe geringfügige Dauerblutung. Die Aschheim-Zodek-Reaktion vom 17. V. war positiv. Die Abrasio vom 25. V. ergibt: In Rückbildung begriffenes Endometrium, weitgehend zurückgebildete Decidua.

Therapie: am 25. V. Salpingectomia sin. Operative Diagnose: Grav. tub. sin. Status nach abgeheilter Pelveoperitonitis. Am 8. VI. geheilt entlassen.

Ätiologische Anamnese: 1931 wegen Fluor behandelt, 1934 Appendectomie.

Fall 24:

Kr.Bl. 20, M. H., 0 Para, 26 Jahre, Aufnahme am 12. I. 36.

Letzte Periode: vom 10. bis 15. X. 35. Symptome: Schmerzen im Unterleib, Übelkeit. Die Aschheim-Zondek-Reaktion vom 18. I. ergibt: rückgebildete Decidua mit geringfügiger Rundzelleninfiltration und hyalin verdickten Gefäßen ohne Eiteile.

Therapie: am 25. I. Salpingoophorectomia dextra. Operative Diagnose: Grav. tub. dextra. Am 11. II. geheilt entlassen.

Fall 25:

Kr.Bl. 190, Z. M., I Para, 28 Jahre, Aufnahme am 17. IV. 36.

Letzte Periode: vom 18. bis 21. II. Symptome: Ziehende Schmerzen im Unterleib. Die Aschheim-Zondek-Reaktion vom 17. IV. war positiv. Die Abrasio vom 24. IV. ergibt: In Rückbildung begriffenes Endometrium mit deutlich verdickten Gefäßen. Keine ausgesprochene Decidua.

Therapie: am 24. IV. Salpingectomia dextra mit Keilexcision. Appendectomie. Operative Diagnose: Grav. tub. dextra. Am 7. VI. geheilt entlassen.

Fall 26:

Kr.Bl. 208, Z. M., 0 Para, 26 Jahre, Aufnahme am 28. IV. 36.

Letzte Periode: vom 16. bis 18. III. Symptome: Schmerzen in der rechten Leistengegend. Verkürzte Periodenblutung am 16. IV. Die Aschheim-Zondek-Reaktion vom 28. IV. war positiv. Die Abrasio vom 2. V. ergibt: Decidua ohne Eiteile.

Therapie: am 6. V. Salpingoophorectomia dextra. Operative Diagnose: Grav. tub. isthmica dextra. Entlassung am 19. V. geheilt.

Fall 27:

Kr.Bl. 277, G. A., 0 Para, 37 Jahre, Aufnahme am 6. VI. 36.

Letzte Periode: vom 2. bis 5. III. Symptome: Heftige Schmerzen im rechten Unterleib, geringfügige Blutung nach zwölfwöchiger Amenorrhoe. Die Aschheim-Zondek-Reaktion vom 9. VI. war positiv. Die Abrasio vom 9. VI. ergibt: In Rückbildung begriffene Decidua, keine Chorinzotten. Die vor der Operation vorgenommene Douglas-Punktion ergibt flüssiges Blut.

Therapie: am 9. VI. Salpingectomia dextra. Operative Diagnose: Tubarabort rechts mit Hämatocele. Entlassung am 27. VI. geheilt.

Fall 28:

Kr.Bl. 390. M. R., VI Para, 37 Jahre, Aufnahme am 11. VIII. 36.

Letzte Periode: vom 25. V. bis 2. VI. Symptome: Mattigkeit, Abgeschlagenheit. Dauerblutung ab 5. VI. Die Aschheim-Zondek-Reaktion vom

11. VIII. war positiv. Die Abrasio vom 13. VIII. ergibt: Regelmäßige Drüsen. Das Stroma, an der Oberfläche etwas aufgelockert, Zellen etwas gequollen; nirgends einwandfreie deciduale Umwandlung. Die Douglas-Punktion vor der Operation ergibt: altes Blut.

Therapie: am 13. VIII. Salpingoophorectomia sin., Appendectomie. Operative Diagnose: Grav. tub. sin. Hämatocele Retrouterina. Entlassung am 28. VIII. gebessert.

Fall 29:

Kr.Bl. 195, R. L., I Para, 28 Jahre, Aufnahme am 2. XI. 36.

Letzte Periode: vom 24. bis 26. VIII. Symptome: Nicht cruiert. Patientin wird wegen Blutung eingewiesen. Die Aschheim-Zondek-Reaktion vom 2. XI. war negativ. Die Abrasio vom 2. XI. ergibt: Hochfunktionierendes oedematöses Endometrium, jedoch keine deciduale Umwandlung.

Therapie: am 7. XI. Salpingectomia dextra. Operative Diagnose: Grav. tub. rupt. dextra. Entlassung am 23. XI. geheilt.

Ätiologische Anamnese: 1935 Appendectomie, 1936 Dysmenorrhoe.

Fall 30:

Kr.Bl. 199, V. E., 0 Para, 24 Jahre, Aufnahme am 9. XI. 36.

Letzte Periode: vom 18. X. bis 22. X. Symptome: Schmerzen im Leib und Kreuz. Ab 1. XI. geringfügige Dauerblutung. Die Aschheim-Zondek-Reaktion vom 6. XI. war positiv. Die Abrasio vom 9. XI. ergibt: Deciduale Umwandlung an einigen Stellen noch erkennbar. Die Douglas-Punktion vor der Operation ergibt dunkles Blut.

Therapie: am 14. XI. Salpingectomia dextra, Resektion des Ovars. Operative Diagnose: Grav. tub. dextra. Abortus? Entlassung am 1. XII. geheilt.

Fall 31:

Kr.Bl. 291, E. E., II Para, 38 Jahre, Aufnahme am 7. IX. 36.

Letzte Periode: nicht bekannt. Symptome: plötzlich starke Schmerzen im Bauch, Blässe, ohnmächtig eingeliefert. Etwa 8—9 Wochen vor Einlieferung in die Klinik war außerhalb vom behandelnden Arzt eine Abrasio gemacht worden. Ergebnis Decidua ohne Zotten. Douglas-Punktion ergibt flüssiges Blut.

Therapie: sofortige Operation. Salpingectomia sin. Lösung von Adhäsionen. Operative Diagnose: Rupt. linksseitige Tubargravidität. Patientin kommt am 8. IX. ad exitum.

Fall 32:

Kr.Bl. 200, R. B., I Para, 27 Jahre, Aufnahme am 9. XI. 36.

Letzte Periode: vom 6. bis 9. IX. Symptome: nach sechswöchiger Amenorrhoe mäßige Dauerblutung. Die Aschheim-Zondek-Reaktion vom 9. XI.

war negativ. Die Abrasio vom 9. XI. ergibt: Stromazellen an einer Stelle etwas glasig, gequollen und aufgelockert. Kein sicherer Anhalt für Tubare.

Therapie: am 16. XI. Salpingectomia sinistra, Salpingectomia dextra, Appendectomie. Operative Diagnose: Grav. tub. sin. rupta. Hämatosalpings dextra, Adhäsionen. Entlassung am 4. XII. geheilt.

Ätiologische Anamnese: mehrfach Blinddarmentzündung.

Fall 33:

Kr.Bl. 191, N. D., II Para, 40 Jahre, Aufnahme am 7. IV. 37.

Periodenblutung nicht eruiert. Symptome: plötzlich starke Schmerzen im Leib, Blässe, Ohnmacht. Vorwölbung des Leibes. Im Januar 1937 wurde außerhalb eine Abrasio vorgenommen. Ergebnis: Decidua ohne Zotten. Die vor der Operation vorgenommene Douglas-Punktion ergibt flüssiges Blut.

Therapie: am 7. IV. Salpingectomia sin. Lösung von Adhäsionen. Operative Diagnose: Ruptur einer linksseitigen Tubargravidität. Mens 4—5. Foet mazeriert I.—II. Grades. Die Patientin, die in völlig ausgeblutetem Zustand eingeliefert wurde, überstand zwar die Operation, kam aber am 8. IV. an Anämie ad exitum.

Ätiologische Anamnese: 1934 wegen rechtsseitiger Tub. Grav. operiert.

Fall 34:

Kr.Bl. 356, P. B., III Para, 38 Jahre, Aufnahme am 27. VII. 37.

Letzte Periode: 1. bis 3. V. Symptome: heftige Schmerzen im Unterleib, Erbrechen. Ab 12. VI. mäßige Dauerblutungen. Der Aschheim-Zondek-Reaktion war negativ. Die Abrasio vom 19. VI. ergibt: Endometrium in hoher Funktion mit deutlicher decidualer Umwandlung. Die Douglas-Punktion vor der Operation ergibt altes Blut.

Therapie: am 2. VIII. Salpingoophorectomia sin. Hämatocele retrouterina, Adhäsionen. Entlassung am 15. VIII. geheilt.

Ätiologische Anamnese: 1936 Appendectomie.

Fall 35:

Kr.Bl. 566, N. B., II Para, 33 Jahre, Aufnahme am 15. XII. 37.

Letzte Periode: vom 1. bis 5. XI. Symptome: Schmerzen im Unterleib, Schwächegefühl, Übelkeit, Erbrechen, Ohnmacht. Am 10. XII. starke Dauerblutung. Die Abrasion vom 15. XII. ergibt: Endometrium in höchster Funktion, deciduale Umwandlung nur um die Gefäße herum nachweisbar. Die Douglas-Punktion vor der Operation ergibt flüssiges Blut.

Therapie: am 16. XII. Salpingectomia sin. Operative Diagnose: Grav. tub. sin. rupta. Entlassung am 13. I. geheilt.

Ätiologische Anamnese: 1920 Appendectomia.

Fall 36:

Kr.Bl. 16, M. N., I Para, 31 Jahre, Aufnahme am 5. I. 37.

Letzte Periode: vom 28. XI. bis 1. XII. 36. Symptome: Schmerzen im Unterleib. Übelkeit, Brechreiz, Schwindelgefühl. Anschließend an die Periode unregelmäßige Blutungen. Die Aschheim-Zondek-Reaktionen vom 7. I. und 14. I. waren positiv. Die Abrasio vom 14. I. ergibt: Endometrium zeigt sehr viele Drüsen, mit dem Charakter einer jungen Schwangerschaft. Deciduaähnliche Zellen in kleinen Fetzchen.

Therapie: am 20. I. Salpingoophorectomia sin. Resektion aus dem rechten Ovar. Operative Diagnose: linksseitige Tubargravidität, Hämatocele retrouterina, Pseudo-Tumor.

Ätiologische Anamnese: 1933 Darmgrippe.

Fall 37:

Kr.Bl. 260, B. Th., 0 Para, 27 Jahre, Aufnahme am 12. VI. 37.

Letzte Periode: vom 1. bis 6. IV. Symptome: Keine Schmerzen. Am 25. V. unregelmäßige Blutungen. Die Aschheim-Zondek-Reaktion vom 14. VI. war positiv, vom 19. VI. negativ. Die histologische Untersuchung eines am 12. VI. ausgestoßenen Schleimhautfetzens ergibt Decidua.

Therapie: am 24. VI. Salpingectomia dextra, Appendectomia, Lösung von Adhäsion, Profixur des Uterus. Operative Diagnose: Grav. tub. dextra. Retroflexio uteri mobilis. Salpingitis. Entlassung am 16. VII. geheilt.

Fall 38:

Kr.Bl. 325, A. L., I Para, 37 Jahre, Aufnahme am 24. VII. 37.

Letzte Periode: vom 21. bis 26. V. Symptome: Schmerzen in der rechten Bauchseite, besonders beim Stuhlgang. Nach fünfwöchiger Amenorrhoe Dauerblutung. Die Aschheim-Zondek-Reaktion vom 25. VII. war positiv. Die Abrasio vom 31. VII. ergibt: Ruhende, wohl rückgebildete Drüsen. Chronische Endometritis. Die Douglas-Punktion vor der Operation ergibt: flüssiges Blut.

Therapie: am 31. VII. Salpingectomia dextra. Operative Diagnose: Grav. tub. dextra rupta. Entlassung am 15. VIII. geheilt.

Fall 39:

Kr.Bl. 420, A. E., 0 Para, 24 Jahre, Aufnahme am 1. X. 37.

Letzte Periode: vom 21. bis 28. VII. Patientin kommt wegen dauernder Fehlgeburten. Nach siebenwöchiger Amenorrhoe mittelstarke Dauerblutung, Patientin glaubt wieder an eine Fehlgeburt. Die Aschheim-Zondek-Reaktionen vom 2. X. und 7. X.! waren negativ. Die Abrasio vom 8. X. ergibt: Stellenweise deutliche deciduale Umwandlung in Rückbildung. Die vor der Operation vorgenommene Douglas-Punktion ergibt kein Blut.

Therapie: am 8. X. Probelaparotomie; Salpingectomia dextra. Operative Diagnose: Tubargravidität.

Ätiologische Anamnese: 1935 Appendectomie.

Fall 40:

Kr.Bl. 172, E. S., 0 Para, 26 Jahre, Aufnahme am 13. X. 37.

Letzte Periode vom 12. bis 14. VI. Symptome: keine Schmerzen, unregelmäßige Blutungen. Die Aschheim-Zondek-Reaktion vom 12. X. ergibt: Ruhendes Endometrium ohne Schwangerschaftsumwandlung. Kein Anhalt für Gravidität.

Therapie: am 18. X. Resektio, Tub. dextra, Appendectomie. Operative Diagnose: Grav. tub. dextra. Cystisch verändertes Ovar. Appendicopathia. Entlassung am 2. XI. geheilt.

Fall 41:

Kr.Bl. 133, Sch. M., 0 Para, 27 Jahre, Aufnahme am 19. III. 38.

Letzte Periode: vom 9. bis 11. I. 38. Symptome: Schmerzen im linken Unterleib. Nach sechswöchiger Amenorrhoe geringfügige Dauerblutung bis zur Einweisung. Die Abrasio vom 10. III. ergibt: Decidua mit geringer entzündlicher Infiltration. Douglas-Punktion ergibt flüssiges Blut.

Therapie: Salpingectomia sin. Lösung von Adhäsionen. Gperative Diagnose: Grav. tub. sin. Adhäsionen. Entlassung am 15. IV. geheilt.

Ätiologische Anamnese: 1935 Eierstockentzündung.

Fall 42:

Kr.Bl. 170, S. K., IV Para, 38 Jahre, Aufnahme am 14. IV. 38.

Letzte Periode: vom 25. bis 28. I. Symptome: Schmerzen im Leib, Dauerblutung nach achtwöchiger Amenorrhoe. Die Aschheim-Zendok-Reaktion vom 22. IV. war negativ. Die Abrasio vom 25. IV. ergibt: keine Schwangerschaftsumwandlung. Foet müßte schon lange abgestorben sein. Ruhendes Endometrium.

Therapie: am 27. IV. Salpingoophorectomia sin. Operative Diagnose: Grav. tub. sin. Entlassung am 14. V. geheilt.

Fall 43:

Kr.Bl. 173, S. E., III Para, 32 Jahre, Aufnahme am 19. IV. 38.

Letzte Periode: vom 22. bis 26. I. Symptome: Schmerzen im rechten Unterbauch. Dauerblutung bis zur Aufnahme nach sechswöchiger Amenorrhoe. Die Aschheim-Zondek-Reaktion vom 20. IV. war negativ. Am 26. III. war außerhalb eine Curettage vorgenommen worden. Ergebnis: Decidua ohne Zotten. Douglas-Punktion ergibt: altes Blut.

Therapie: am 22. IV. Salpingoophorectomia dextra. Operative Diagnose: Grav. tub. rupt. dextra. Entlassung am 7. V. geheilt.

Ätiologische Anamnese: 1928 Appendectomie.

Fall 44:

Kr.Bl. 271, S. K., VII Para, 38 Jahre, Aufnahme am 19. VI. 38.

Letzte Periode: vom 8. bis 13. V. Symptome: stechender Schmerz im linken Unterleib, Schwächeanfälle bei verspäteter Periodenblutung. Die

Abrasio vom 19. VI. ergibt: Typische Decidua mit Schwangerschaftsdrüsen. Douglas-Punktion ergibt flüssiges Blut.

Therapie: am 19. IV. Salpingectomia sin. Lösung von Adhäsionen. Operative Diagnose: Linksseitiger Tubarabort mit starker intraabdomineller Blutung. Entlassung am 5. VII. geheilt.

Ätiologische Anamnese:1924 Profixur.

Fall 45:

Kr.Bl. 443, W. G., II Para, 37 Jahre, Aufnahme am 7. X. 38.

Letzte Periode vom 16. bis 20. IX. Symptome: Schmerzen im linken Unterleib, verfrühte Periodenblutung. Bei den Aschheim-Zondek-Reaktionen vom 8. X. und 10. X. starben die Tiere, die Aschheim-Zondek-Reaktion vom 12. X. war positiv. Die Abrasio vom 8. X. ergibt: ruhendes Endometrium. Kein Anhalt für Tubargravidität. Die Douglas-Punktion ergab flüssiges Blut.

Therapie: am 18. X. Salpingoophorectomia sin. Operative Diagnose: Grav. tub. sin. Peritubare Hämatocele in Organisation begriffen. Entlassung am 2: XI. gebessert.

Fall 46:

Kr.Bl. 469, Sch. B., I Para, 32 Jahre, Aufnahme am 28. X. 38.

Letzte Periode: vom 22. bis 25. VIII. Symptome: Krampfartige Schmerzen im linken Unterleib, unregelmäßige Blutung nach fünfwöchiger Amenorrhoe. Die Aschheim-Zondek-Reaktion vom 29. X. war positiv. Die Abrasio vom 3. XI. ergibt: Cervixpolyp, keine Schwangerschaftsumwandlung. Die Douglas-Punktion ergibt kein Blut.

Therapie: am 3. IX. Salpingectomia sin. Operative Diagnose: Grav. tub. sin. Hämatocele. Entlassung am 9. XII. geheilt.

Ätiologische Anamnese: 1935 Appendectomie, 1937 Eierstockentzündung.

Fall 47:

Kr.Bl. 26, Th. B., I Para, 35 Jahre, Aufnahme am 15. I. 38.

Letzte Periode: vom 13. bis 14. X. Symptome: Krampfartige Schmerzen im linken Unterleib, Brechreiz, Erbrechen. Nach achtwöchiger Amenorrhoe sehr starke Dauerblutung. Die Aschheim-Zondek-Reaktion vom 18. I. war negativ, die Abrasio vom 18. I. ergibt Endometrium mit entzündlicher Infiltration. An einigen Stellen Decidua-ähnliches Zwischengewebe. Möglichkeit einer Extrauteringravidität.

Therapie: am 26. I. Salpingoophorectomia sin. Operative Diagnose: Grav. tub. rupt. sin. Hämatocele retrouterina. Adhäsionen. Saktosalpinx rechts. Entlassung am 11. II. geheilt.

Fall 48:

Kr.Bl. 146, K. Th., I Para, 31 Jahre, Aufnahme am 14. III. 38.

Letzte Periode: vom 28. 1. bis 4. II. Symptome: starke und verlängerte Periodenblutung. Die Aschheim-Zondek-Reaktion vom 15. III. war positiv. Die Abrasio vom 16. III. ergibt: an einigen Stellen deutliche Decidua in Rückbildung.

Therapie: am 23. III. Salpingectomia sin. Operative Diagnose: Grav. tub. sin. rupt. Hämatocele retrouterina. Aplasie des rechten Ovars. Entlassung am 6. IV. geheilt.

Fall 49:

Kr.Bl. 170, Sch. M., II Para, 42 Jahre, Aufnahme am 3. IV. 38.

Letzte Periode: vom 15. bis 17. III. Symptome: plötzlich heftige Schmerzen im linken Unterleib, unregelmäßige Blutung. Die Aschheim-Zondek-Reaktion vom 4. V. war positiv. Die Abrasio vom 6. IV. ergibt: ruhendes Endometrium, keine Schwangerschaftsumwandlung.

Therapie: am 11. IV. Salpingectomia dextra. Operative Diagnose: Grav. tub. dextra. (Beginnender Abort.) Entlassung am 21. V. geheilt.

Ätiologische Anamnese: 1929 Plastik.

Fall 50:

Kr.Bl. 31, N. A., I Para, 31 Jahre, Aufnahme am 3. II. 38.

Letzte Periode: vom 20. bis 24. XI. Symptome: Schmerzen im Unterleib. Nach siebenwöchiger Amenorrhoe unregelmäßige Blutungen. Die Aschheim-Zondek-Reaktion vom 6. II. war negativ. Die Abrasio vom 7. II. ergibt: ruhendes Endometrium. Kein Anhalt für lebende Tubargravidität. Die Douglas-Punktion ergibt spärlich flüssiges Blut.

Therapie: am 7. II. Ausschälung des Tumors aus dem Ligamentum latum und der Uteruskante. Operative Diagnose: Grav. ectopica sinistra (im Tubenstumpf). Entlassung am 11. III. geheilt.

Ätiologische Anamnese: Status post Salpingoophorectomia dextra 1935.

Fall 51:

Kr.Bl. 80. H. D., I Para, 36 Jahre, Aufnahme am 2. 5. 38.

Letzte Periode: vom 13. bis 15. III. Symptome: keine Schmerzen, verspätete und verstärkte Periodenblutung. Die Aschheim-Zondek-Reaktion vom 5. V. war positiv. Die Abrasio vom 2. V. ergab: hochfunktionierendes geschrumpftes Endometrium mit stellenweise decidualer Umwandlung. Keine Eiteile. Die Douglas-Punktion ergibt: reichlich flüssiges Blut.

Therapie: am 11. V.: Salpingectomia dextra. Operative Diagnose: Grav. tub. isthmica dextra. Entlassung am 11. VI. geheilt.

Ätiologische Anamnese: Sectio caesarea 1926.

Kritische Besprechung.

Bei den 158 Fällen von operativ festgestellter Tubargravidität in der Zeit vom 1. VII. 1931 bis 1. I. 1939 wurde 51 mal, das sind 32,4%, eine Abrasio vorgenommen. Für die einzelnen Jahre liegen zum Teil wesentlich höhere Zahlen vor; im Jahre 1938 betrug die Zahl der bei Tubargravidität ausgeführten Abrasionen 57,8%. Es muß dabei hervorgehoben werden, daß alle Fälle, bei denen der Abrasionsbefund eine gestörte intrauterine Schwangerschaft ergab, sodaß die Laparotomie unterblieb, nicht eingerechnet sind.

Bei diesen 51 Fällen zeigte die Abrasio

1. in 31 Fällen: Deciduale Umwandlung ohne Zotten, also ein positives Ergebnis in 60%.
2. in 15 Fällen war das Ergebnis negativ, keine Decidua nachgewiesen in 30%.
3. in 5 Fällen war das Ergebnis fraglich: fragliche Decidua in 10%.

Zu 1. Ergebnis der Abrasio: Decidua ohne Zotten.

Bei 31 der abradierten 51 Fälle, das sind 60%, konnte die Diagnose Tubargravidität durch den histologischen Befund gestellt werden; darunter sind vier Fälle gerechnet, bei denen die Decidua spontan ausgestoßen wurde. Von diesen 31 Fällen wurde bei 20 Fällen der Nachweis einwandfreier Decidua einen Tag bis vier Monate vor der Operation durch die Abrasio festgestellt; es konnte also bei 20 von 51 abradierten Fällen, das sind 40%, durch den histologischen Befund der untersuchten Uterusschleimhaut eine Extrauteringravidität diagnostiziert werden. Bei 11 der 31 Fälle mit nachweisbar einwandfreier Decidua wurde die Abrasio unmittelbar vor der Operation ausgeführt, aber das Ergebnis der histologischen Untersuchung nicht abgewartet. Die Abrasio dieser 11 Fälle hatte zwar auf die Indikation zur Operation keinen Einfluß; das Ergebnis der Untersuchung zeigte jedoch, daß eine Tubargravidität vorlag und die Möglichkeit der Diagnosestellung durch die Abrasio gegeben war.

Aus der hohen Zahl von 60 Prozent geht wohl deutlich hervor, wie wichtig die Probeabrasio als differenzialdiagnostisches Hilfsmittel in unklaren Fällen bei Verdacht auf Extrauteringravidität ist.

Bei den 31 Fällen (60%) mit positivem histologischen Befund zeigte die operative Diagnose, daß es sich

16 mal um Tubarrupturen bzw. Tubaraborte handelte,
15 mal um intakte Tubargravidităten.

Zu 2. Ergebnis der Abrasio: keine Decidua.
In diesen 15 Fällen (30%) konnte eine deciduale Umwandlung nicht festgestellt werden. Bei den Fällen mit negativem histologischen Befund waren
6 Tubarrupturen bzw. Tubaraborte,
9 intakte Tubargraviditäten.

Zu 3. Ergebnis der Abrasio: fragliche Decidua.
Unter den 5 Fällen (10%) mit fraglichem histologischen Befund waren
2 Tubarrupturen bzw. Tubaraborte,
3 intakte Tubargraviditäten.

Bei den Fällen mit dem Ergebnis der Abrasio: keine Decidua und fragliche Decidua war die Decidua offenbar vorher teilweise oder ganz ausgestoßen worden. Anamnestisch sind darüber keine Angaben gemacht worden.

Schädliche Einflüsse der Abrasio konnte in keinem der 51 Fälle von uns beobachtet werden.

Teil B.

Den durch die Operation gesicherten 51 Fällen von Tubargravidität stelle ich im Folgenden 15 Fälle gegenüber, bei denen die Diagnose Tubargravidität gestellt worden war oder differenzialdiagnostisch eine Extrauteringravidität in Frage kam. Diese Fälle verleiteten durch ihre Anamnese, ihre Symptome und den klinischen Befund zu dieser Diagnose, die sich im weiteren Verlauf als falsch erwies. Auch hier wurde in jedem Falle eine Abrasio gemacht; die Laparotomie ergab jedoch in allen diesen Fällen, daß keine Tubargravidität vorlag.

Ich bringe nunmehr einen Auszug der Krankengeschichten der 15 Fälle.

Fall 1:

Kr.Bl. 570, N. N., I Para, 27 Jahre, Aufnahme am 1. XI. 32.

Letzte Periode: vom 2. bis 9. X. Symptome: Seit Wochen Schmerzen im rechten Unterleib. Seit zwei Wochen schwache regellose Blutungen. Befund: Rechts vom anscheinend nicht vergrößerten Uterus ein etwa faustgroßer, druckempfindlicher Tumor. Diagnose: Adnextumor rechts, Diff.-Diagnose: Tubargravidität, Ovarialtumor. Die Aschheim-Zondek-Reaktion vom 2. XI. war negativ. Die Abrasio vom 8. XI. ergab: Schleimhaut mit leicht faserigem Stroma, Drüsenapparat ganz unverändert. Die Douglas-Punktion ergab kein Blut.

Therapie: am 8. XI. Probelaparotomie. Der Verdacht der Extrauteringravidität wird nicht bestätigt. Die operative Diagnose lautet: Alter Adnexprozeß mit Eiterbildung und mehrfach vorhandenen kleinen Follikelcysten. Entlassung am 30. XI. geheilt.

Fall 2:

Kr.Bl. 512. G. M., 0 Para, 30 Jahre, Aufnahme am 28. VII. 32.

Letzte Periode: vom 10. bis 20. V. Symptome: Nach sechswöchiger Amenorrhoe starke Dauerblutung, keine sonstige Erscheinungen. Klinischer Befund: Uterus deutlich vergrößert, rechts hinter dem Uterus mäßig druckempfindliche Resistenz. Die Aschheim-Zondek-Reaktion vom 2. VII. war negativ. Die Abrasio vom 4. VIII. ergab: glanduläre Hyperplasie.

Therapie: am 4. VIII. Oophorectomia dextra, Salpingectomia sinistra, Appendectomie. Operative Diagnose: kleiner Ovarialtumor rechts, Hydrosalpings links. Bei Uterus myomatosus. Entlassung am 20. VIII. geheilt.

Fall 3:

Kr.Bl. 440, D. K., I Para, 31 Jahre, Aufnahme am 15. VIII. 32.

Letzte Periode: 10. bis 12. VII. Symptome: seit drei Wochen krampfartige Schmerzen im Kreuz und im rechten Unterleib. Klinischer Befund: in der rechten Adnexgegend kleinhühnereigroße Resistenz palpabel. Diagnose: kleiner Tumor rechts, Differenzialdiagnose: Ovarialcyste, Tubargravidität. Die Aschheim-Zondek-Reaktion vom 16. VIII. war positiv. Die Abrasio vom 20. VIII. ergab Decidua grav. und große spongiöse Drüsen, außerdem viele Chorionzotten.

Therapie: am 20. VIII. Salpingoophorectomia Ausräumung des Abortes. Operative Diagnose: kleine Ovarialcyste rechts, Abortus incompletus Mens II.

Fall 4:

Kr.Bl. 615, W. M., 0 Para, 32 Jahre, Aufnahme am 28. XI. 33.

Letzte Periode: vom 23. bis 28. IX. Symptome: Schmerzen im linken Unterbauch. Nach fünfwöchiger Amenorrhoe Dauerblutung mit Abgang von Fetzen. Klinischer Befund: Uterus etwas plump und weich, schmerzhafte Resistenz im Douglas. Adnexe beiderseits o. B. Diagnose: Tubargravidität. Die Aschheim-Zondek-Reaktion vom 29. XI. war positiv, ebenso die vom 1. XII. Die Abrasio vom 11. XII. ergab nichts von Zotten und Decidua, leichte glanduläre Hyperplasie. Die am 6. XII. 33 vorgenommene Probelaparotomie ergab eine cystische Degeneration des rechten Ovars. Es wird eine Stichelung des Ovars ausgeführt. Entlassung am 22. XII. geheilt.

Fall 5:

Kr.Bl. 364, K. A., 0 Para, 28 Jahre, Aufnahme am 8. VI. 34.

Letzte Periode: vom 19. bis 24. II. Symptome: nach achtwöchiger Amenorrhoe geringfügige Dauerblutung, starke Schmerzen im linken Unterbauch. Klinischer Befund: Uterus etwas vergrößert, links vor ihm

ein etwa gänseeigroßer Tumor. Diagnose: Gestörte Gravidität plus Tumor. Diff. Diagnose: Tubargravidität links, Ovarialcyste. Die Aschheim-Zondek-Reaktion vom 7. V. war negativ, vom 9. VI. war positiv. Die Abrasio vom 11. VI. ergab: Zertrümmerter Foet und Placenta.

Therapie: vom 11. VI. Laparotomie zwecks Naht einer Perforationsstelle und Deckung mit Blasenperitoneum. Operative Diagnose: Gestörte Gravidität Mens IV. Perforationsverletzung Cervixriß, keine Tubargravidität. (Stark nach links ausladendes Uterushorn.) Entlassung am 26. VI. geheilt.

Fall 6:

Kr.Bl. 354, G. I., I Para, 26 Jahre, Aufnahme am 4. VI. 34.

Letzte Periode: vom 28. bis 30. V. Symptome: Am 3. VI. starke Blutung, Erbrechen. Kreuzschmerzen, auf der linken Seite des Bauches und der Leistengegend ziehende Schmerzen. Klinischer Befund: Uterus vergrößert, in der Gegend der linken Adnexe ein etwa hühnereigroßer Tumor. Diagnose: Gestörte Frühgravidität, Tubargravidität. Diff. Diagnose: alte Adnexitis. Die Aschheim-Zondek-Reaktion vom 5. VI. war negativ. Die Abrasio vom 9. VI. zeigte keine Veränderung der Corpusschleimhaut.

Therapie: am 13. VI. Salpingoophorectomia sinistra, Appendectomia, Salpingectomia dextra. Operative Diagnose: Bds. starke chronische Salpingitis, Pyovar sinistra, Tubenwand bindegewebig verdickt. Entlassung am 30. VII. geheilt.

Fall 7:

Kr.Bl. 345, B. W., I Para, 26 Jahre, Aufnahme am 14. VII. 36.

Letzte Periode: vom 24. bis 27. V. Symptome: Blutung seit 8. VII. Patientin wird mit frequentem Puls eingeliefert, windet sich vor Schmerzen, der Leib ist gespannt. Klinischer Befund: Uterus etwas groß, mittelfest, links ein hühnereigroßer cystischer Tumor zu fühlen. Rechte Adnexe sind frei. Die Aschheim-Zondek-Reaktion vom 15. VII. war positiv. Die Douglas-Punktion ergab flüssiges Blut.

Therapie: am 14. VII. sofortige Laparotomie, Salpingoophorectomia sinistra, Operative Diagnose: Corpus luteum Cyste links. Salpingitis utraque. Am 15. VII., ein Tag nach der Operation kam es zu Blutungen. Die ausgeführte Abrasio ergab: Decidua mit foetalen Zotten, also Abortreste. Die Patientin kommt am 18. VII. ad exitum.

Todesursache: Endometritis und eiterige Salpingitis führten zur allgemeinen Peritonitis.

Fall 8:

Kr.Bl. 138, Sch. Ch., II Para, 28 Jahre, Aufnahme am 6. III. 35.

Letzte Periode: vom 13. bis 17. XII. 34. Symptome: ab 16. I. starke Dauerblutung. Klinischer Befund: Uterus retroflektiert, vergrößert, an

den rechten Adnexen apfelgroßer Tumor. Diagnose: Tubargravidität. Diff. Diagnose: Ovarialcyste. Aschheim-Zondek-Reaktion vom 6. III. war negativ. Die Abrasio vom 7. III. ergab: Decidua mit Zotten, Endometritis.

Therapie: am 7. III. Ovariotomia dextra. Operative Diagnose: Cystisches Ovar rechts. Entlassung am 24. III. geheilt.

Fall 9:

Kr.Bl. 383, W. M., I Para, 25 Jahre, Aufnahme am 7. VIII. 36.

Letzte Periode: am 26. bis 29. VII. Symptome: keine Blutungen, starke Kreuzschmerzen. Klinischer Befund: Uterus kaum vergrößert, in seinem cervikalen Teil durch einen billardkugelgroßen Tumor nach links gedrängt. Diagnose: Tubargravidität rechts mit Hämatocele. Diff. Diagnose: Intrauteringravidität mit Ovarialtumor. Aschheim-Zondek-Reaktion vom 8. VIII. war negativ, die Abrasio vom 8. VIII. ergab: normale Corpus-Schleimhaut. Die Douglas-Punktion war negativ.

Therapie: am 8. VIII. Salpingoophorectomia dextra. Appendectomie. Operative Diagnose: Adnextumor, typisches Dermoid. Entlassung am 22. VIII. geheilt.

Fall 10:

Kr.Bl. 433, B. A., III Para, 38 Jahre, Aufnahme am 7. IX. 36.

Letzte Periode: vom 29. IV. bis 5. V. Symptome: Blutungen, ziehende Schmerzen im rechten Unterleib, klinischer Befund: Uterus etwas vergrößert, aufgelockert. Links neben dem Uterus eine Resistenz. Diagnose: status post abortum plus Adnexitis. Diff. Diagnose: Extrauteringravidität. Die Aschheim-Zondek-Reaktionen vom 8. IX. und 15. IX. waren negativ. Die Abrasio vom 19. IX. ergab: Abortreste nicht auffindbar; Endometritis.

Therapie: am 28. IX. Salpingoophorectomia sin., Stichelung des rechten Ovars, Appendectomie. Operative Diagnose: Schokoladencyste des linken Ovars, cystisches Ovar rechts. Entlassung am 13. X. geheilt.

Fall 11:

Kr.Bl. 146, B. B., V Para, 28 Jahre, Aufnahme am 9. III. 37.

Letzte Periode: am 27. bis 30. XII. 36. Symptome: plötzlich starke Schmerzen in der linken Bauchseite, nach sechswöchiger Amenorrhoe Dauerblutung. Klinischer Befund: die linken Adnexe erscheinen verdickt. Uterus ist nicht vergrößert. Diagnose: Tubargravidität. Die Aschheim-Zondek-Reaktion vom 9. III. war negativ. Abrasio vom 9. III. ergab keine Schwangerschaftsumwandlung. Drüsen zeigen etwas prämenstruellen Typ. Douglas-Punktion ergab flüssiges Blut.

Therapie: am 9. III. Probelaparotomie, Appendectomie. Operative Diagnose: Nihil. Entlassung am 23. III. geheilt.

Fall 12:

Kr. Bl. 461, B. B., 31 Jahre, Aufnahme am 3. IX. 37.

Letzte Periode: am 25. bis 28. X. Symptome: heftige krampfartige Schmerzen im Unterleib, Übelkeit, Erbrechen, Harndrang, verkürzte Periodenblutung. Klinischer Befund: Uterus normal groß, rechte Adnexe ohne Befund. Linke Adnexe unsauber und druckempfindlich. Die Aschheim-Zondek-Reaktion vom 4. XI. war negativ. Die Abrasio vom 16. XI. ergab keine prämenstruellen Drüsen, keine Schwangerschaftsumwandlungen. Die Douglas-Punktion vom 16. XI. war negativ. Wegen des klinischen Befundes wird, wegen Verdacht auf Tubargravidität, am 16. XI. eine Probelaparotomie vorgenommen. Operative Diagnose: kein Anhalt für Tubargravidität. Entlassung am 2. XII. 37.

Fall 13:

Kr.Bl. 186, M. A., 0 Para, 29 Jahre, Aufnahme am 11. XI. 37.

Letzte Periode: vom 11. bis 14. X. Symptome: Im Anschluß an die letzte Periode geringe Dauerblutung, Brechreiz, Schmerzen im Leib. Klinischer Befund: Uterus retroflektiert. Linke Adnexe unklar. Diagnose: Retroflexio uteri mobilis und Tubargravidität links. Die Aschheim-Zondek-Reaktion vom 11. XI. war negativ. Die Abrasio vom 12. XI. ergab: keine Decidua, keine Anzeichen von Gravidität, Endometritis.

Therapie: am 15. XI. Excision eines Hämolymph-angioms, Profixur, Appendectomie. Operative Diagnose: Cavernöses Hämolymphangiom an der linken Tube. Entlassung am 3. XII. 37 geheilt.

Fall 14:

Kr.Bl. 428, Sch. B., I Para, 30 Jahre, Aufnahme am 17. IX. 38.

Letzte Periode: vom 19. bis 23. VI. Symptome: nach zweimonatiger Amenorrhoe Dauerblutung, sonst beschwerdefrei. Klinischer Befund: Uterus o. B., rechte Adnexe kleiner derber Tumor tastbar, nicht druckempfindlich. Diagnose: Tubargravidität rechts. Die Aschheim-Zondek-Reaktion vom 17. IX. war negativ. Die Abrasio vom 22. IX. ergab: neben stark infiltriertem Endometrium Teile von Decidua; Zotten nicht nachweisbar.

Therapie: am 28. IX. Probelaparotomie, Stichelung des rechten Ovars, Appendectomie. Operative Diagnose: Follikelcysten des rechten Ovars. Entlassung am 12. X. 38 geheilt.

Fall 15:

Kr.Bl. 216, E. I., I Para, 38 Jahre, Aufnahme am 14. X. 38.

Letzte Periode: vom 29. VII. bis 2. VIII. Symptome: nach zweimonatiger Amenorrhoe Dauerblutung. Klinischer Befund: Uterus verdickt, weich. An den linken Adnexen druckempfindlich. Resistenz zu fühlen. Diagnose: Verdacht auf Tubargravidität. Die Aschheim-Zondek-Reaktion vom 6. X. war negativ, vom 13. X. positiv und vom 21. X. wieder negativ. Bei der

Abrasio vom 14. X. finden sich Deciduareste und entzündetes Endometrium, also Endometritis nach Abort.

Therapie: am 21. X. Ovariotomia sin. Operative Diagnose: Große Cyste des linken Ovars. Entlassung am 9. XI. 38 geheilt.

Kritische Besprechung.

Bei diesen 15 Fällen kam differenzialdiagnostisch eine Tubargravidität in Frage; die Operation ergab, daß keine Extrauteringravidität vorhanden war. Die Untersuchung des histologischen Befundes der Abrasio zeigte hierbei:

1. Einwandfrei keine Decidua: 9 Fälle.
2. Decidua mit Zotten, Deciduareste bzw. zertrümmerte Placenta: 6 Fälle.
3. Fragliche Decidua: 0 Fälle.

Zu 1. Bei den 9 Fällen „einwandfrei keine Decidua" war viermal das Ergebnis der histologischen Untersuchung abgewartet worden und konnte zur Indikation zur Operation verwertet werden; in allen vier Fällen war die spätere Operation also durch eine andere Indikation bedingt. In den übrigen fünf Fällen konnte das Ergebnis des Abrasionsbefundes nicht abgewartet werden und hatte daher auf die Diagnosestellung keinen Einfluß; die operative Diagnose zeigte hier dreimal eine Adnexerkrankung; in zwei Fällen jedoch (11 und 12) lag überhaupt kein krankhafter Befund vor. Hätte man in diesen beiden Fällen den histologischen Befund der Abrasio abgewartet, so wäre mit großer Wahrscheinlichkeit eine Tubargravidität ausgeschlossen und die Operation vermieden worden.

Zu 2. Bei den sechs Fällen „Decidua mit Zotten, Deciduareste bzw. zertrümmerte Placenta" konnte in vier Fällen das Ergebnis nicht abgewartet werden; die Operation ergab keine Tubargravidität sondern andersartige Adnexerkrankungen. Im fünften Falle (Fall 14) konnte das Ergebnis der Abrasio abgewartet werden; es ergab Teile von Decidua. Wegen des klinischen Befundes wurde eine Tubargravidität angenommen und daher die Laparotomie ausgeführt; die operative Diagnose lautete: Follikelcyste des rechten Ovars. Angesichts der Sachlage (zweimonatige Amenorrhoe mit anschließender Dauerblutung, Aschheim-Zondek-Reaktion negativ, Decidua) muß damit gerechnet werden, daß es sich um einen vorher erfolgten uterinen Spontanabort gehandelt hat. Im sechsten Falle, wo die Abrasio „zertrümmerter Foet und Placenta" ergab, wurde die Laparotomie wegen Naht einer Uterusperforation erforderlich. Es wurden also in sechs Fällen durch die Abrasio Abortreste festgestellt; eine rechtzeitige Feststellung dieses Befundes hätte also — mit Ausnahme des sechsten Falles — eine Probelaparotomie unnötig gemacht.

Verwendung der Douglas-Punktion und der Aschheim-Zondek-Reaktion zur Diagnose der Tubargravidität.

Über das Ergebnis der Douglas-Punktion bzw. der Aschheim-Zondek-Reaktion zur Erhärtung der Diagnose bei Tubargravidität möchte ich von meinem Krankengut in zwei Tabellen eine Übersicht geben.

Die Tabelle I zeigt 158 Fälle von Tubargravidität, die operativ erwiesen wurden und 15 Fälle bei denen die Diagnose Tubargravidität bestand, durch die Operation aber nicht erwiesen wurde.

Tabelle I

Tubar-Grav.	Fälle	ausgeführte Douglas-Punktion	Blut	%	kein Blut	%
erwiesen . .	158	75	69	92	6	8
nicht bestehend	15	6	2	33	4	67
Summe	173	81	71	88	10	12

In den sechs Fällen von erwiesener Tubargravidität, in denen die Punktion kein Blut ergab, handelte es sich viermal um Hämatocelenbildung. In den zwei übrigen Fällen zeigte die Operation, daß reichlich flüssiges Blut in der Bauchhöhle war; die Punktion hat in diesen beiden Fällen aus ungeklärter Ursache versagt.

Die Tabelle II zeigt das Ergebnis der Aschheim-Zondek-Reaktionen, die bei den 158 Fällen operativ erwiesenen Tubargraviditäten und bei den 15 Fällen, die sich durch die Laparotomie nicht als Tubargraviditäten erwiesen, angestellt wurden.

Tabelle II

Tubar-Grav.		Zahl der angestellt. A. Z. R.	A.Z.R. positiv	%	A.Z.R. negativ	%	A.Z.R. fraglich	%	Tiere eingegangen	%
erwiesen	158	80	48	60	16	20	9	11	7	9
nicht-bestehend	15	15	3	20	10	66,6	2	13,3	—	—
Summe:	173	95	51	53,7	26	27,3	11	11,6	7	7,4

In diesen drei Fällen, die eine positive Aschheim-Zondek-Reaktion zeigten, ohne daß die Operation das Bestehen einer Tubargravidität erwies, lagen nach dem Abrasionsbefund zweimal intrauterine Aborte vor. In dem dritten Fall konnte durch den Abrasionsbefund eine Gravidität nicht erwiesen werden, nach der Anamnese jedoch war mit großer Wahrscheinlichkeit ein Abort vorausgegangen.

Zusammenfassung.

Im Teil A meiner Arbeit habe ich über 51 Fälle berichtet, bei denen die vorgenommene Operation eine Tubargravidität ergab; im Teil B finden sich 15 Fälle bei denen differenzialdiagnostisch eine Tubargravidität vorliegen konnte, bei denen der operative Eingriff den Verdacht aber nicht bestätigte. Diese insgesamt 66 Fälle wurden in der Zeit vom 1. VII. 1931 bis 1. I. 1939 an der Universitäts-Frauenklinik zu Würzburg beobachtet und behandelt. Die mir gestellte Aufgabe festzustellen, inwieweit eine Abrasio als Hilfsmittel bei der Diagnosestellung einer Tubargravidität zu verwerten sei, hat das in der folgenden Tabelle dargestellte Ergebnis gehabt.

Bedeutung
des histologischen Befundes für die Diagnose der Tubargravidität.

Gruppe	Histologischer Befund	Teil A	Teil B	Summe	Tubar-Grav.	Intraut. Grav.	keine Grav.
I	Decidua mit Zotten bzw. Foet, bzw. Plac.	—	6	6	—	6	—
II	Decidua ohne Zotten	31	—	31	31	—	—
III	Decidua fraglich .	5	—	5	5	—	—
IV	Decidua fehlt . .	15	9	24	15	—	9
V	Summe	51	15	66	51	6	9

Zu Gruppe I Decidua mit Zotten, bzw. Foet, bzw. Placenta: Alle sechs Fälle ließen durch den histologischen Befund der Abrasio einwandfrei eine intrauterine Gravidität feststellen und damit die Diagnose Tubargravidität ausschließen. Wäre das histologische Ergebnis abgewartet, so würde den Patientinnen die Operation erspart geblieben sein.

Zu Gruppe II Decidua ohne Zotten: In allen 31 Fällen ließ der histologische Befund der Abrasio auf Tubargravidität

schließen, die dann auch durch die Operation bestätigt wurde.

Zu Gruppe III Decidua fraglich: In allen fünf Fällen konnte die Diagnose Tubargravidität aus dem histologischen Befund der Abrasio nur bedingt gestellt werden, erwies sich aber durch die Operation als richtig.

Zu Gruppe IV Decidua fehlt: In 15 von 24 Fällen ergab die Operation eine Tubargravidität; in neun Fällen lag keine intra- bzw. extrauterine Gravidität vor. Der histologische Befund „Decidua fehlt" ist also für die Diagnosestellung einer Gravidität sehr zweifelhaft und besitzt für die Diagnose der Gravidität (intra- oder extrauterine Gravidität) keine praktische Bedeutung.

Da die Gebärmutterschleimhaut sowohl bei Intra- als auch bei Extrauteringravidität eine Umwandlung durchmacht, so kann das histologische Ergebnis einer Abrasio für das Vorliegen einer ektopischen Schwangerschaft verwertet werden. Infolgedessen verlangt die Probeabrasio in allen zweifelhaften Fällen, wo keine Kontraindikation (starke Ausblutung, Infektion) besteht, unbedingte Anerkennung. Der dagegen gemachte Einwand, daß durch die Abrasio eine Infektion oder eine Ruptur der Tube hervorgerufen werden könnte, wird dadurch widerlegt, daß bei unseren 66 Fällen keine solche Störung festgestellt worden ist. In einem Fall (Fall 7 des Teiles B) trat zwar eine Peritonitis nach der Operation auf; die Abrasio ist daran aber nicht schuld gewesen. Nach dem Ergebnis unserer Untersuchungen hat uns die Ausschabung einerseits in vielen zweifelhaften Fällen Aufschluß über die Art der Erkrankung geben können und andererseits in mehr als der Hälfte der Fälle, bei denen abradiert wurde, die Diagnose der Tubargravidität sichern lassen. Nach unseren Erfahrungen ist die Abrasio also bei Tubargravidität ein wertvolles Hilfsmittel zur Sicherung der Diagnose.

Schrifttum.

Schultes, Werner: „Über die diagnostische Verwertung der Abrasio bei Verdacht auf Extrauteringravidität." Inaug.-Dissertation 1931.

Kübert, Walter: „Die Extrauteringraviditäten an der Universitäts-Frauenklinik zu Würzburg." Inaug.-Dissertation 1937.

Stoeckel: Lehrbuch der Geburtshilfe. 1930.

Hoehne: Handbuch Halban-Seitz 7 S. 597 ff. und 735 ff.

Pankow: Diagnose und Behandlung der Tubargraviditäten. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 26.

Vogt: Über Diagnose und Therapie der ectopischen Gravidität.

Amreich: Diagnose und Therapie der Extrauteringravidität in den ersten Monaten. Wiener klinische Wochenschrift 1928 I.

Puppel: Zur Ätiologie und Klinik der Tubargravidität. Mon. Heft für Geburtshilfe und Gynäkologie. Bd. 7.

Benthin: Komplizierte Tubargravidität. Med. Welt 1938 Nr. 26. S. 920 ff.

Recht, Otto: Zur Diagnostik und Therapie der Bauchhöhlenschwangerschaft. Wiener klin. Wochenschrift 1937 Nr. 47.

Apajalakti, Aulis: Zur Inflammatorischen Ätiologie der Tubenschwangerschaft. Arta soz. Medic. fem. duodezim. Bd. 16, Nr. 1.

Stern und Kasso-Gledow: Akus. Ginek. 6, 739—741 (1938.)

Wojcicki, Honorat: Folgen der Extrauterinschwangerschaft (Ginek. polska 15, 29—37, 1936).

Am 3. Juni 1910 wurde ich in Kaiserslautern als Sohn des Kaufmannes Adolf Bohlander und seiner Ehefrau Dora, geb. Schläfer, geboren. Nach vier Jahren Volksschule besuchte ich zunächst das Hum. Gymnasium in Saarbrücken, anschließend das Alte Gymnasium in Würzburg bis zur 8. Klasse. 1932 legte ich die Reifeprüfung in Büdingen, Hessen, ab. Im Sommer 1932 begann ich mit dem medizinischen Studium an der Universität Würzburg. Die ärztliche Vorprüfung legte ich im Sommersemester 1934 ab. Nach zehnwöchigem Arbeitsdienst und einjähriger freiwilliger Militärdienstzeit setzte ich mein Studium fort und legte nach zehnsemestrigem Studium das medizinische Staatsexamen ab. Während meiner Medizinalpraktikantenzeit war ich sieben Monate an der Universitäts-Frauenklinik in Würzburg, vier Monate an dem Städtischen Krankenhaus Karlsruhe in der Inneren-Abteilung tätig. Seit Mai 1939 bin ich an der Orthopädischen Universitätsklinik in Frankfurt a. M. Meine Approbation erhielt ich am 28. V. 1939; sie wurde auf Grund meiner einjährigen freiwilligen Militärdienstzeit auf den 2. XII. 1938 vordatiert.

Ich versichere hiermit ehrenwörtlich, außer der angeführten Literatur, die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe ausgeführt zu haben.

Meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor Dr. Carl J. Gauß, danke ich an dieser Stelle verbindlichst für die Überlassung des Themas und für die stets bereitwilligste Unterstützung.